

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, Prénom de la mère : _____

TESTS CUTANÉS AUX MÉDICAMENTS IMMUNO-ALLERGIE

Date : _____ aaaa/mm/jj

Scarification		Intradermique 0,02 mL							
	☒	Dilution	Résultat	☒	Dilution	Résultat	☒	Dilution	Résultat
Histamine	☒	Pure							
Négatif	☒	NS		☐			☐		
Pénicillines									
Pen G	☐	10 000 UI/mL		☐			☐		
Ampicilline	☐	20 mg/mL		☐	20 mg/mL		☐		
Pré-Pen	☐	5 x 10 ⁻⁵ mmol/L		☐	5 x 10 ⁻⁵ mmol/L		☐		
	☐			☐			☐		
	☐			☐			☐		
Autres									
Lidocaïne 1 %	☐	Pure		☐	1 mg/mL		☐		
	☐			☐			☐		
	☐			☐			☐		
	☐			☐			☐		
	☐			☐			☐		
	☐			☐			☐		
	☐			☐			☐		

Interprétation

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj